



**ANEXO I**  
**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO PARA CREDENCIAMENTO**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TURURU/CE**

**ASSUNTO:** Credenciamento de profissionais, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Secretaria de Saúde do Município de Tururu/CE.

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento nº. 002/2019, ofereço aos usuários do Município de Tururu/CE, Contratação de Serviços de Profissionais de Saúde de NÍVEL SUPERIOR e MÉDIO, visando sua contratação temporária para preenchimento de vagas nas Unidades Básicas de Saúde, Hospital Municipal Dr. Waldemar de Alcântara, Central de Abastecimento Farmacêutico, Farmácia Básica Municipal, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Secretaria de Saúde do Município de Tururu/CE, conforme abaixo descritos. O proponente deverá colocar o preço apenas nos serviços prestados (ANEXO II) por Pessoa Física, deixando os demais em branco.

Declaro que os serviços serão realizados no estabelecimento indicado pela SECRETARIA DE SAÚDE.

Declaro, ainda, total concordância com as condições estabelecidas no edital de credenciamento nº 002/2019 e seus anexos.

**Nome:** Filomar de Sousa Ferreira

**Endereço:** Rua Eubia Barros, 3521 Nº       

**Bairro:** Coqueiro **Cidade:** Itapipoca **UF:** Ce **CEP:** 62.500-001

**RG:** 2002019091025 **Órgão Emissor:** SSP-CE **Data de Emissão:**    /002/2019

**CPF:** 600.262.173-33

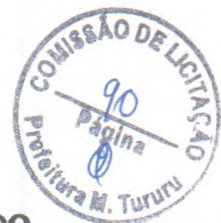
**Banco** Caixa **Agencia:** 0748 **Conta:** 36398-2

**Fone:** (88) 99713-0212 **e-mail:** filomar2@hotmail.com

Declaro que as informações acima são verdadeiras e que qualquer alteração dos dados serão comunicados à Prefeitura Municipal de Tururu, durante o período de validade do Credenciamento.

Cidade/(UF), 31 de Janeiro de 2019.

Filomar de Sousa Ferreira  
**Identificação e Assinatura**



**ANEXO II - TABELA DE INDICAÇÃO DO SERVIÇO A SER PRESTADO**

**CRENCIAMENTO Nº 002/2019**

ITEM	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	QTDE.	CARGA HORÁRIA	PERÍODO MESES	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR GLOBAL (R\$)
3	Fisioterapia Oxal 1 e 2 / NASF - UBS	2	30		2.400,00	

\* Preencher conforme tabela do anexo IV com a descrição de acordo com o indicado.

*Felmar de Lusa Barros*

Identificação e Assinatura

*[Handwritten signatures]*